

Capítulo 13

CONVIERTIENDO LA SALUD EN UNA INVERSIÓN: El golpe mortal del Banco Mundial a Alma Ata

Los intentos de reforma social del Banco Mundial son una tentativa de legalizar, normalizar e incluso hacer natural el abandono financiero del sector de la salud

Dr. Javier Iguíñez, economista del Instituto Bartolomé de las Casas, Perú

El “clima económico adverso” de la década de los ochenta vino acompañado de un giro conservador en la política nacional y exterior de los países industrializados más poderosos, en especial de Estados Unidos y Reino Unido. Estas nuevas políticas –conocidas como *neoliberales* ya que liberalizaban o libraban a los principales mercados de la regulación de los gobiernos– sistemáticamente dio más importancia al crecimiento de las economías nacionales que a las necesidades y derechos de los más pobres. Los programas de asistencia a los pobres fueron recortados o desmantelados tanto en el Norte como en el Sur.

Una forma particularmente insidiosa de recortar estos programas por parte de las políticas conservadoras de los ochenta fue la introducción de estrategias de salud y desarrollo más verticales. En lugar de promover la igualdad y el cambio social, estas estrategias diseñadas desde arriba tendían a reforzar y legitimar las desigualdades existentes. Para promover el desarrollo de las comunidades y países pobres, los métodos liberadores que habían aparecido en los años sesenta y setenta fueron reemplazados sistemáticamente por estrategias que –si no por su diseño, ciertamente por su efecto– eran poco democráticas. Aunque proliferó la retórica de la participación y la liberación, en el terreno político se dio más importancia a lograr una débil participación sumisa y obediente en lugar de promover una participación fuerte en el control de la toma de decisiones. Al mismo tiempo, en las más altas esferas de la planificación del desarrollo se cambió de intervenciones sociales a intervenciones tecnológicas, de cooperativas a empresas privadas, de centrarse en el proceso a centrarse en el producto, de la búsqueda continua de soluciones a técnicas preformuladas, del análisis crítico al *marketing* social y –en cuanto a los objetivos de la atención de salud– de una visión integral de “salud para todos” a mejorar las tasas de supervivencia.

Esta reestructuración conservadora de las políticas de desarrollo ha impregnado casi todos los aspectos de las relaciones internacionales, pero de forma especial la ayuda exterior. Durante los primeros años de la década de los ochenta, las estrategias y objetivos de casi todas las orga-

nizaciones caritativas dependientes del gobierno de los Estados Unidos o subvencionadas por él fueron cambiados en favor del sector privado. Por ejemplo, los Cuerpos de Paz, que durante años se habían dedicado a promover el desarrollo de cooperativas comunitarias, se vieron forzados a desviar sus energías a la creación de microempresas y pequeños negocios privados. Incluso la Fundación Interamericana –que en los sesenta había sido designada por el Congreso de Estados Unidos para apoyar iniciativas populares en favor del cambio social– vio cómo gran parte de su equipo directivo fue sustituido y sus objetivos cambiaron hacia el fomento de iniciativas privadas.

Algunos de los ejemplos más extremos del uso de la Ayuda al Desarrollo para fortalecer los intereses económicos y políticos de los países donantes –a menudo en detrimento de los pobres de los países receptores– se pueden observar en los objetivos de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. USAID, en gran parte un enorme instrumento político del gobierno estadounidense, expone razones diversas y a menudo contradictorias. Uno de sus fines establecidos es promover economías nacionales con predominio del sector privado y orientadas al lucro.¹⁹⁵ En la práctica suele desplazar el desarrollo de economías orientadas a la equidad y promueve en su lugar economías de libre mercado, la mayoría de las veces dominadas por poderosos intereses de compañías del Norte.

PRIVATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud de muchas partes del mundo se han visto afectados por las políticas conservadoras de desarrollo de los años ochenta, en especial por los programas de ajuste estructural (PAE) y el fuerte impulso a la privatización. La ayuda de la USAID a los ministerios de salud de los países pobres con sistemas de salud nacionalizados ha estado a menudo condicionada a dirigirse hacia la privatización o a la “recuperación de costos” en los servicios. Por ejemplo, Estados Unidos envió a Mozambique ayuda médica de necesidad urgente con la condición de que este

país cediera en su política igualitaria de “servicio médico gratis para todos”. Mozambique se vio obligado a cobrar a los enfermos por las medicinas y por los servicios.¹⁹⁶

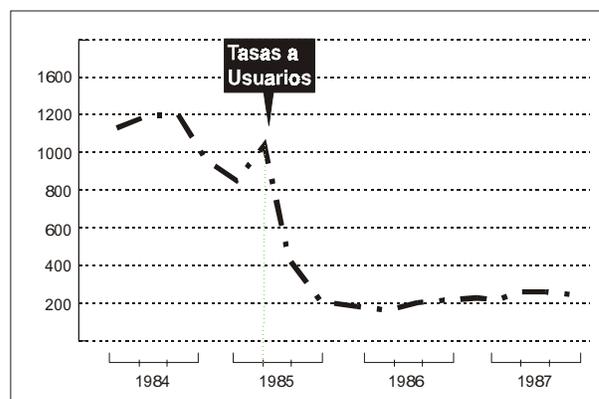
BAMAKO Y OTROS ESQUEMAS DE RECUPERACIÓN DE COSTOS

El UNICEF también ha promovido el financiamiento por los usuarios de los puestos de salud de los pueblos a través de la Iniciativa de Bamako, que ahora funciona en muchos países de África y otros lugares. Aunque el propio UNICEF tiene sus reservas hacia esta iniciativa mantiene que, en los tiempos tan difíciles que corren, no encuentra una alternativa mejor. Los recortes presupuestarios de los años ochenta supusieron la clausura de muchos puestos rurales, sobre todo por falta de medicinas. UNICEF, sabiendo que los pobres están normalmente dispuestos a pagar sus medicinas, aconseja cobrar por ellas lo suficiente para mantener los puestos de salud abastecidos y en funcionamiento.

La Iniciativa de Bamako es un intento de afrontar el problema del financiamiento de la atención primaria de salud en el seno de la recesión económica, los PAE y los recortes en el gasto público. Hace concesiones a estas tendencias políticas socialmente regresivas, mientras busca al mismo tiempo amortiguar sus efectos sobre los grupos más vulnerables.¹⁹⁷ El UNICEF ha tratado de hacer que esta Iniciativa beneficie a los usuarios y sea controlada por la propia comunidad, y el programa en sí tiene aspectos positivos. Por ejemplo, sólo se utilizan las fármacos incluidos en la lista de medicinas esenciales de la OMS (aunque los sobres de SRO se venden como una “medicina esencial” para uso casero). Además, en algunos de los puestos de salud en los que se lleva a cabo esta Iniciativa de Bamako la participación local ha sido activa y entusiasta.

Pero estos esquemas de recuperación de costos tienen a menudo inconvenientes graves —y quizá peligrosos—. Sólo porque las familias pobres estén *dispuestas* a pagar por las medicinas no quiere decir que *tengan suficiente dinero* para pagar. De la misma forma que con los sobres de SRO, las familias pobres gastan sus últimos centavos en estas medicinas, y ese dinero es el que necesitan para alimentar a sus niños enfermos.¹⁹⁸ Y debido a que las familias más pobres enferman con mayor facilidad y suelen requerir más medicación, puede que su contribución a los costos del puesto de salud sea mayor de lo que les corresponde. Aunque Bamako tiene previsto cobrar menos *a los más pobres entre los pobres*, estas redes de seguridad funcionan mejor en la teoría que en la práctica.

Estudios de diversos países muestran que *cuando ha sido introducida la recuperación de costos, ha descendido la utilización de los centros de salud por parte de los grupos de alto riesgo*.¹⁹⁹ Por ejemplo, la introducción en



Gráfica 3-II. ASISTENCIA DE PACIENTES AL PUESTO DE SALUD DE DWEASE, GHANA, ANTES Y DESPUÉS DE LA INTRODUCCIÓN DE TASAS A LOS USUARIOS EN 1985.²⁰⁵

Kenia de tasas a los usuarios en un centro de enfermedades de transmisión sexual, provocó un descenso brusco de la atención y probablemente incrementó el número de ETS no tratadas en la población.²⁰⁰ Un editorial de la revista *The Lancet* de noviembre de 1994 sugiere que la introducción de tarifas a los usuarios, junto con otros PAE, podría contribuir a la rápida expansión del SIDA en África.²⁰¹ Un estudio en Zimbabue de la agencia británica de ayuda OXFAM, que recogía los efectos negativos de la introducción de cobros a los usuarios, llevó al gobierno a amenazar con expulsar a esta institución benéfica.²⁰² En la región del Alto Volta de Ghana la utilización de los servicios de salud descendió cerca de un 50% cuando se introdujo el sistema de recuperación de costos.²⁰³ Cuando China introdujo en 1981 el cobro a los usuarios del tratamiento de la tuberculosis quedaron sin tratar entre un millón y un millón y medio de casos, lo que causó unos 10 millones de infectados adicionales. Muchas de las tres millones de muertes por tuberculosis de China durante la década de los ochenta podrían haberse evitado.²⁰⁴

La Iniciativa de Bamako ha ganado apoyos entre los principales donantes de ayuda, en especial Estados Unidos, porque desplaza gran parte del costo de la atención primaria de salud desde los gobiernos a los consumidores. Las compañías farmacéuticas multinacionales aplauden la Iniciativa porque promueve activamente e incrementa la venta de fármacos a los pobres. Cuando los trabajadores de la salud saben que sus salarios y puestos de salud se financian a través de la venta de medicamentos, la tentación de una prescripción excesiva es casi irresistible.

Cualquiera que sea su efecto aparente, la introducción de estos esquemas de recuperación de costos tiene inquietantes implicaciones sociales y éticas. Es parte de una tremenda marcha atrás en el progreso hacia un orden social más justo y democrático. Este giro conservador se refleja en los recientes retrocesos de las tasas de mortalidad infantil tras décadas de mejoría progresiva en la salud de los niños.

EL BANCO MUNDIAL TOMA EL MANDO EN LA PLANIFICACIÓN DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS: *INVERSIÓN EN SALUD*

El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI) fueron fundados por las potencias occidentales vencedoras en 1945. El papel del Banco era ayudar a la reconstrucción y desarrollo de los países europeos tras la Segunda Guerra Mundial; y el papel del Fondo era aportar préstamos en el corto plazo a las naciones con comercio exterior de forma que suavizaran las fluctuaciones de su balanza de pagos. Tanto el Banco como el Fondo son a menudo conocidos como “las instituciones de Bretton Woods”, en honor de la ciudad de New Hampshire (Estados Unidos) donde se acordó su fundación.

En la década de los sesenta Europa finalizó su fase de reconstrucción tras la guerra, y todo el volumen de préstamos para el desarrollo del Banco Mundial pasó a proyectos de desarrollo a gran escala en países subdesarrollados. Muchos de estos proyectos han sido criticados por dañar el medio ambiente y ser una carga más para los pobres.

El papel del FMI también sufrió cambios cuando los mercados financieros privados se hicieron cargo de controlar las fluctuaciones de las balanzas de pagos. En los sesenta se dedicó principalmente a hacer préstamos a gobiernos que se enfrentaban a déficits estructurales más que a déficits de tipo comercial en el corto plazo, situación que se producía sobre todo en los países en vías de desarrollo. A finales de los setenta el papel principal del FMI era ser el último recurso para los países más endeudados del Tercer Mundo. Los créditos estaban sujetos a medidas de ajuste estructural como las referidas anteriormente. Ya en los ochenta, el Banco Mundial se vio más involucrado en los préstamos de ajuste estructural, incrementando la proporción de sus préstamos al desarrollo mediante paquetes de medidas de ajuste estructural que eran negociados por el FMI.

Durante los ochenta tanto el FMI como el Banco Mundial fueron criticados cada vez más por el daño causado por muchos de sus préstamos para el desarrollo, y también por los efectos desastrosos de las condiciones impuestas como parte de los préstamos de ajuste estructural. Pero en los últimos años el Banco dice haber aprendido de sus errores, haberlos enmendado y haberse propuesto la “eliminación de la pobreza”. Sin embargo, el Banco ha financiado de forma tan contundente políticas que exacerban la situación de los más desfavorecidos que es difícil evitar cuestionarse su capacidad para cambiar de rumbo. Algunos críticos han sugerido que el paso más eficaz que podría dar el Banco Mundial para eliminar la pobreza sería eliminarse a sí mismo.²⁰⁶

Como parte de sus esfuerzos por cambiar su posición, el Banco se ha visto cada vez más involucrado en cuestiones sobre políticas de salud para el Tercer Mundo, tanto a través de créditos para programas de salud como incluyendo reformas de la política sanitaria en las condiciones de los préstamos de ajuste estructural. Los objetivos del Banco para rectificar las políticas sanitarias y reestructurar los sistemas de salud del Tercer Mundo se exponen en su Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993, titulado *Investing in Health (Inversión en salud)*. Este informe ha tenido (y continúa teniendo) una profunda influencia sobre las políticas de salud de los países subdesarrollados. Los países dispuestos a llevar a cabo las políticas recomendadas por el Banco son considerados candidatos adecuados para la ayuda oficial, y el Banco recomienda a otras instituciones donantes que ayuden a estos países a financiar los costos del cambio estructural del sector de la salud.

El informe está basado en proposiciones sobre los vínculos entre salud y crecimiento económico que son deliberadamente malinterpretados. Afirma que el crecimiento económico traerá mejoras en la salud, y que una mejor salud de la población llevará a un crecimiento económico más seguro. El informe no da a conocer que la industrialización nunca se ha logrado sin grandes costos humanos y ambientales.

El informe reconoce a la pobreza como una amenaza para la salud, pero no se refiere a la unión tan evidente que existe entre desigualdad económica y unos indicadores sanitarios más pobres. Además, lo que subyace en todo el informe es un intento de reconciliar el objetivo de una mejor salud con las desigualdades que son tanto las condiciones previas como las consecuencias del modelo de desarrollo económico propuesto por el Banco (véanse las gráficas de la página siguiente).

A primera vista, la estrategia del Banco Mundial para mejorar la situación de la salud en los países en desarrollo suena a integral, incluso ligeramente progresista. Reconoce la conexión entre pobreza y falta de salud, y que las mejoras de los factores sociales, económicos y ambientales son requisitos previos fundamentales para mejorar la salud. Propone mayores ingresos familiares, una educación mejor (sobre todo para las niñas), mayor acceso a la atención de salud, y prestar más atención a los servicios básicos de salud que a la atención especializada. Critica con bastante acierto las persistentes desigualdades e ineficacias de los actuales sistemas de salud del Tercer Mundo. Irónicamente, viendo su larga historia de recortes en los presupuestos sanitarios, el Banco reclama mayor gasto en la salud... Hasta aquí todo bien.

Pero, al leerlo con detenimiento, descubrimos que, bajo el pretexto de promover sistemas de salud económicamen-

Región	Población, indicadores económicos y avances en salud por región demográfica, 1975-90							
	Población 1990 (Millones)	Muertes 1990 (Millones)	Renta per cápita		Tasa anual de		Esperanza de vida al	
			Dólares 1990	Crecimiento 1975-90 (porcentaje)	Mortalidad Infantil 1975	1990	1975	1990
África Subsahariana	510	7.9	510	-1.0	212	175	48	52
India	850	9.3	360	2.5	195	127	53	58
China	1 134	8.9	370	7.4	85	43	56	69
Resto de Asia e islas	683	5.5	1 320	4.6	135	97	56	62
América Latina y Caribe	444	3.0	2 190	-0.1	104	60	62	70
Oriente Medio	503	4.4	1 720	-1.3	174	111	52	61
Antiguas economías socialistas de Europa (AES)	346	3.8	2 850	0.5	36	22	70	72
Economías de Mercado Establecidas (EME)	789	7.1	19 900	2.2	21	11	73	76
Grupo Demográfico en Desarrollo*	4 123	39.1	900	3.0	152	106	56	63
AES + EME	1 144							
Mundo	5 267	10.9	14 690	1.7	25	15	72	75
		50.0	4 000	1.2	135	96	60	65

Nota: La mortalidad infantil es la probabilidad de morir entre el nacimiento y los 5 años de edad, expresada por cada 1 000 nacimientos; la esperanza de vida al nacimiento es el número medio de años que una persona puede esperar vivir con las tasas prevalentes de mortalidad específicas por edad.
* Los países de las regiones demográficas del África subsahariana, India, China, Resto de Asia e islas, América Latina y el Caribe y Oriente.

Gráfica 3-12. CONTRASTE LA OPTIMISTA TABLA DEL BANCO MUNDIAL ARRIBA, QUE INDICA MEJORAS UNIVERSALES EN LA SALUD, CON LA GRÁFICA 3-13 DE ABAJO, LA CUAL MUESTRA LA CRECIENTE BRECHA ENTRE LA MORTALIDAD DE LA GENTE DE LOS PAÍSES POBRES Y RICOS (DATOS DE LA MISMA FUENTE).²⁰⁸

te rentables, descentralizados y apropiados para cada país, las recomendaciones principales del informe nacen de la misma clase de modelos de ajuste estructural que han empeorado aún más la pobreza y han disminuido los niveles de salud allí donde han sido aplicados.

El planteamiento triple del BANCO

Según la receta del Banco Mundial, con el fin de ahorrar “millones de vidas y miles de millones de dólares”, los gobiernos deben adoptar “un planteamiento triple para sus políticas de reforma sanitaria:

1. Fomentar un ambiente que permita a las familias mejorar su salud.
2. Aumentar el gasto gubernamental en salud.
3. Facilitar la participación del sector privado”.²⁰⁷

Estas recomendaciones parecen reflejar una nueva forma de pensar. Sin embargo, al leer la letra pequeña del informe, podemos volver a exponer estos tres pilares básicos de forma más clara:

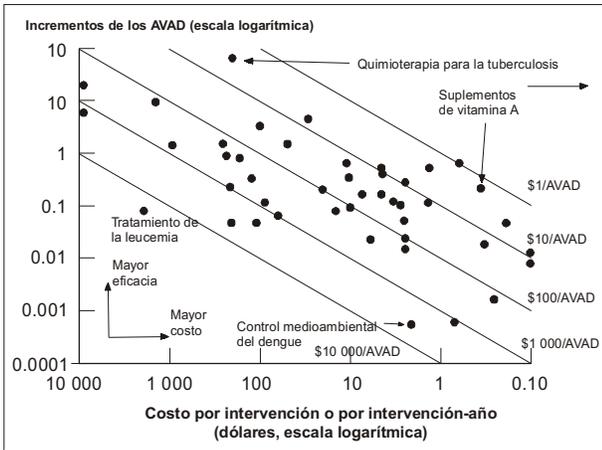
1. “Fomentar un ambiente que permita a las familias mejorar su salud” es una vuelta al desarrollo “que gotea desde arriba”. Las políticas para el crecimiento macroeconómico son prioritarias. La salud de la familia

mejorará cuando los ingresos de sus miembros comiencen a aumentar.

2. “Aumentar el gasto gubernamental en salud” significa ajustar el gasto pasando de ofrecer un servicio integral a un pequeño número de programas planificados de forma vertical, seleccionados según su relación costo-beneficio: en otras palabras, *una nueva forma de atención primaria de salud selectiva*. También significa

Grupo de Edad	1950	1980	1990
<5	3.4	6.4	8.8
5-14	3.8	6.5	7.0
15-59	2.2	1.8	1.7
>60	1.3	1.4	1.4

Gráfica 3-13. Probabilidad relativa de morir en los países subdesarrollados (para las edades indicadas) expresada como GDD/ (AES+EME) (relación entre el Grupo Demográficamente en Desarrollo y la suma de las Antiguas Economías Socialistas más las Economías de Mercado Establecidas). Calculada a partir de los datos del Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993 del Banco Mundial por David Leqge.²⁰⁹



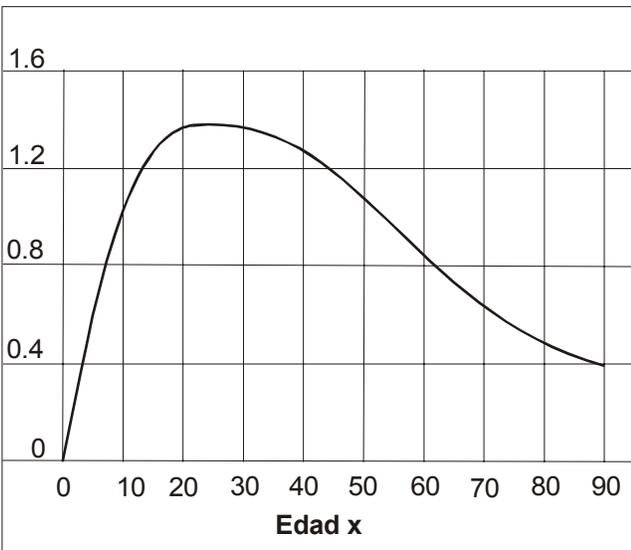
Gráfica 3-14. BENEFICIOS Y COSTOS DE 47 INTERVENCIONES SOBRE LA SALUD. FUENTE: BANCO MUNDIAL, *INFORME SOBRE EL DESARROLLO MUNDIAL 1993*.²¹⁰

cobrar a los usuarios, pidiendo a las familias desfavorecidas que paguen sus propios gastos sanitarios, pese al hecho de que para muchos el costo de los servicios sanitarios será prohibitivo.

3. “Facilitar la participación del sector privado” significa entregar a los médicos y empresas privadas y lucrativas la mayoría de los servicios gubernamentales que atendían a los pobres de forma gratuita o subvencionada... en otras palabras, *privatización de la mayoría de los servicios médicos y de salud*. Esto pondría los precios de muchas intervenciones fuera del alcance de los más necesitados.

Años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)

Muchas de las recomendaciones de *Inversión en salud* se basan en el concepto de DALY o AVAD (*Disability Adjusted Life Years* o Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad); AVAD incorpora diversas presunciones muy cuestionables sobre el valor de la vida. El Banco asigna

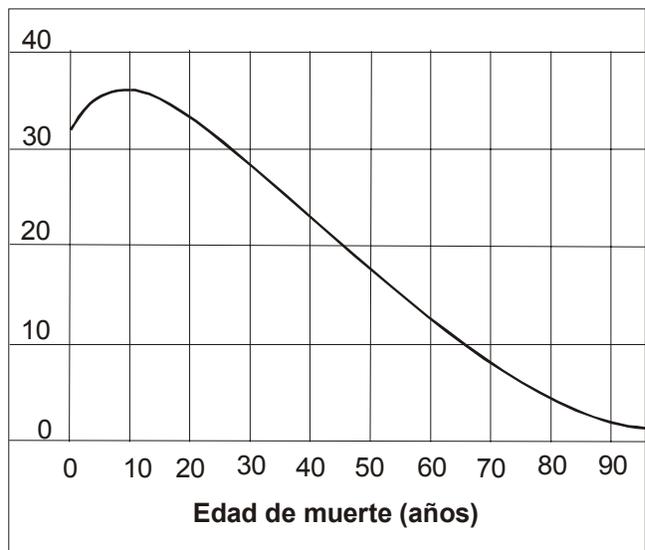


diferentes valores a los años de vida productiva perdidos a ciertas edades. El valor de cada año perdido va desde cero en el nacimiento hasta un pico máximo a la edad de 25 años, para ir disminuyendo poco a poco con la edad. El Banco considera que los más jóvenes, los ancianos y los discapacitados aportan poco a la sociedad en términos económicos. Como consecuencia, el Banco piensa que se recuperarán pocos AVAD mediante intervenciones de salud para las enfermedades de estas personas. Por lo tanto, afirma el Banco, este tipo de intervenciones merecen menos apoyo público. Habría que volcar los recursos en los individuos más “productivos” para la sociedad.

Según el Informe, asignando un valor en dólares a las vidas humanas, se podrían usar los AVAD para diseñar una atención de salud más eficiente. Los AVAD perdidos por muertes, enfermedades o lesiones podrían ahorrarse, sugiere el Banco, mediante intervenciones de salud seleccionadas. Las intervenciones baratas que reducen sustancialmente el número de AVAD perdidos se consideran eficaces respecto a su costo (eficientes) y, por tanto, merecedoras de apoyo público. Aquellas intervenciones que alteran poco el número previsto de años sin discapacidad no se consideran costo-efectivas ni, por tanto, merecedoras de ayuda.

El Informe compara 47 diferentes intervenciones clínicas y de salud pública en cuanto a relación costo-beneficio, expresada en costo por AVAD salvado. Por ejemplo, el tratamiento de la leucemia no es costo-efectivo, pues ahorra sólo un AVAD por cada 1 000 dólares gastados, mientras que los suplementos de vitamina A logran un AVAD por menos de un dólar.

Según esta lógica, la gran mayoría de los servicios de enfermería serían juzgados como de poco o ningún valor. Como afirma el investigador en salud pública David Legge:



Gráfica 3-15. VALOR DE UN AÑO DE VIDA. AVAD (Años de Vida Ajustados según la Discapacidad) perdidos según edad de muerte (MUJERES). FUENTE: *INFORME SOBRE EL DESARROLLO MUNDIAL 1993*, BANCO MUNDIAL.

“Los cuidados que no contribuyen a curar o a prevenir se consideran infinitamente caros, o infinitamente ineficaces según esta metodología”. Este concepto, que asume que la vida de una persona discapacitada o enferma crónica tiene menos valor que la de una no discapacitada, refleja el punto de vista del Banco de que el objetivo principal es la productividad económica.

Usando la escala de eficacia en relación con el costo basada en los AVAD, el Informe define un paquete mínimo de servicios clínicos y de salud pública esenciales. Este paquete consiste en una serie relativamente pequeña de intervenciones a gran escala que afrontan de forma “eficiente” los problemas que están “entre los que más afectan a los países en desarrollo”. No se considera cómo la comunidad va a participar o al menos entender esta forma de planificación mundial de la salud.

LAS CONTRADICCIONES DEL INFORME Y SUS OBJETIVOS MÁS AMPLIOS

Lo más positivo del Informe del Banco Mundial *Inversión en salud* es que reconoce que la pobreza y la falta de salud están íntimamente relacionadas, y que es probable que el progreso económico y otros avances en sectores no relacionados con la salud traigan como resultado una mejora de la salud. También urge a los países a centrarse en los servicios básicos de salud en lugar de en la atención especializada. Sin embargo, como ha apuntado David Legge “hay muchas ambigüedades, inconsistencias y omisiones en el Informe, y parece que los análisis y recomendaciones se han extraído a partir de unos objetivos más amplios”.²¹¹

Muchas de las recomendaciones contradicen los objetivos sanitarios más progresistas expuestos en el Informe. Por ejemplo, el Informe confirma que la pobreza, que se traduce en malas condiciones de vida, riesgos laborales poco saludables y mala distribución de los ingresos internos, supone un peligro para la salud. Luego afirma que el crecimiento económico —especialmente cuando se guía por políticas de crecimiento diseñadas para beneficiar a los pobres— es necesario para mejorar la salud “incluyendo, si fuera necesario, políticas de ajuste que garanticen que los gastos sanitarios sean costo-efectivos”. Aun así, el Informe no parece tomar muy en serio las consecuencias para la salud del crecimiento económico desenfrenado, que ha llevado en algunos países a mayores desigualdades y a ampliar las diferencias en la salud, ni tampoco parece tener en cuenta el impacto negativo de los Programas de Ajuste Estructural, en especial sobre los más pobres y vulnerables. De hecho, afirma que el crecimiento económico que se deriva de estos ajustes ha llevado a una mejora de la salud. Sin embargo, como ya hemos analizado en el capítulo 11, un examen más a fondo de los datos revela que no hay bases para tal conclusión.

Es el silencio casi total sobre los PAE en este Informe lo que lleva a uno a dudar sobre la seriedad de la petición del Banco de una reducción de la pobreza como pieza clave para una salud mejor. Por ejemplo, el Informe señala a la educación de la mujer como un factor crítico para la mejora de la salud; pero no acierta a reconocer las diversas formas mediante las cuales los PAE han aumentado la pobreza y empeorado la salud: cómo las reducciones presupuestarias en educación y la imposición de cobros por la escolarización han causado una baja en la asistencia a la escuela, especialmente entre las mujeres, o cómo la producción masiva de cultivos para la exportación en lugar de los productos tradicionales, ha hecho aumentar el precio de los alimentos. El Informe no dice que los PAE han terminado con los subsidios para comida, produciendo directamente más hambre, que han promovido la privatización y las tarifas a los usuarios, que han puesto los servicios de salud fuera del alcance de los más necesitados, y que han “racionalizado” los servicios públicos, lo que ha supuesto un aumento del desempleo.

Con su petición de “mayor diversidad y competencia en la oferta de servicios de salud, promoviendo actividades generadoras de competitividad, [y] fomentando una mayor participación de organizaciones no gubernamentales y otras de carácter privado”, la nueva política del Banco para el Tercer Mundo recuerda al modelo de salud de Estados Unidos. Argumenta que la oferta sanitaria privada da mayor satisfacción y poder de elección al individuo, y es más eficiente. Pero hay muy pocas evidencias que apoyen esta afirmación. El sistema de salud estadounidense, dominado por un poderoso sector privado hambriento de ganancias, es con mucho el más caro del mundo y, aún así, las estadísticas de salud de Estados Unidos se encuentran entre las peores de los países industrializados. Es más, Washington D.C., que posee mucha población con bajos ingresos, tiene peores tasas de mortalidad materno-infantil que Jamaica.²¹² (La situación sanitaria en los Estados Unidos se trata con detalle en el capítulo 14.)

La nueva política del Banco Mundial es poco más que vino viejo en botellas nuevas: una mezcla de las estrategias conservadoras que han dado al traste con la Atención Primaria de Salud Integral a las que se han añadido elementos del ajuste estructural.²¹³ Es una versión de la Atención Primaria de Salud Selectiva “amiga del mercado”, complementada con privatización de servicios médicos y recuperación de costos a cargo de los usuarios. Como otros esquemas de APS Selectiva, se centra en las intervenciones tecnológicas y pasa por alto los determinantes sociales y legislativos de la salud. David Legge observa que el Informe del Banco Mundial está “orientado sobre todo a medidas técnicas antes que cualquier análisis de las causas estructurales de la mala salud de los pobres; se centra en una *pobreza más saludable*”.²¹⁴

El colectivo médico de muchos países ha elogiado el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993 del Banco como un gran avance hacia una estrategia de atención de salud más *eficiente*. Pero muchos activistas de la salud ven el Informe como un documento inquietante con implicaciones peligrosas. Están especialmente preocupados por cómo el Banco impondrá sus recomendaciones en los países que menos pueden llevarlas a cabo. Con su enorme capacidad de préstamo monetario, su influencia financiera puede forzar a los países más pobres a aceptar este anteproyecto, como ha hecho con los ajustes estructurales.

Es un signo funesto que una gran institución financiera con vínculos tan fuertes con los grandes gobiernos y las grandes empresas imponga su modelo de atención de salud. Según la revista médica británica *The Lancet*, *el Banco Mundial se está convirtiendo en la agencia mundial con más influencia sobre las políticas de salud*, dejando a la OMS en un débil segundo plano.²¹⁵

A pesar de toda su retórica acerca de la erradicación de la pobreza, el fortalecimiento del papel de los usuarios y

una atención de salud más eficiente, la función principal del Banco sigue siendo la misma: arrastrar a los gobiernos y dirigentes de los países más pobres a una economía global dominada ampliamente por las corporaciones multinacionales. Sus programas de crédito, prioridades de desarrollo y políticas de ajuste han hecho aún mayores las desigualdades y han contribuido a perpetuar la pobreza, la falta de salud y el deterioro de las condiciones de vida de al menos mil millones de personas.

Es hora de buscar alternativas. Afortunadamente, hay muchos ejemplos, grandes y pequeños, de estrategias de salud y desarrollo que sitúan como prioridad el bienestar de todos los miembros de la sociedad. Aunque ninguna de estas políticas carece de defectos, y gran parte de éstas se han desarrollado en medio de fuertes obstáculos, todavía podemos aprender mucho de ellas. El capítulo siguiente examina algunas de las alternativas más prometedoras. Muestra cómo el nivel de igualdad de una sociedad (o de desigualdad) es un determinante clave de su salud. Existen ejemplos en diferentes países tanto de *mala salud a alto costo* como de *buena salud a bajo costo*.